



**DPR Play Day Registration Form – Friday, September 18, 2009**

DC Department of Parks and Recreation ~ 3149 16<sup>th</sup> Street NW Washington, DC 20010 ~ 202.673-7647

**Por favor indique el centro donde quiere que participe su hijo(a) (direcciones atrás):**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bald Eagle       | <input type="checkbox"/> Fort Davis      | <input type="checkbox"/> North Michigan Park | <input type="checkbox"/> Stead          |
| <input type="checkbox"/> Banneker         | <input type="checkbox"/> Fort Stanton    | <input type="checkbox"/> Palisades           | <input type="checkbox"/> Takoma         |
| <input type="checkbox"/> Chevy Chase      | <input type="checkbox"/> Hillcrest       | <input type="checkbox"/> Parkview            | <input type="checkbox"/> Trinidad       |
| <input type="checkbox"/> Columbia Heights | <input type="checkbox"/> Kennedy         | <input type="checkbox"/> Payne               | <input type="checkbox"/> Turkey Thicket |
| <input type="checkbox"/> Edgewood         | <input type="checkbox"/> King Green Leaf | <input type="checkbox"/> Ridge Road          | <input type="checkbox"/> Volta Park     |
| <input type="checkbox"/> Emery            | <input type="checkbox"/> Lamond          | <input type="checkbox"/> Riggs-LaSalle       | <input type="checkbox"/> Watkins        |
| <input type="checkbox"/> Ferebee-Hope     |  | <input type="checkbox"/> Sherwood            |   |

**Información del Participante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Su Dirección: \_\_\_\_\_

Su Escuela: \_\_\_\_\_ Estudiante ID: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto**

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Información para recoger a su hijo(a)** - Por favor indique las opciones pertinentes:

- Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo(a)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- Mi hijo(a) tiene permiso para caminar solo(a) a su casa al terminar el programa a las: \_\_\_\_\_ am/pm

**Declaración de Permiso** - Por favor lea y firme abajo esta autorización:

Mi firma afirma que mi hijo(a) tiene permiso para participar en todas las actividades del Día de Juego de DPR coordinadas por el DC Departamento de Parques y Recreación. Mi firma también certifica que la información incluida es correcta y verdadera. Yo entiendo también, que ni el DPR o ni ningún funcionario asociado con el Departamento será legalmente responsable en el caso de accidente, o enfermedad que puedan ser causadas durante estas actividades. Además, autorizo al Departamento y sus agencias afiliadas permiso para utilizar fotos y palabras de mi hijo(a) para promover y publicar los programas del DPR

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## DPR Play Day Registration Form – Friday, September 18, 2009

DC Department of Parks and Recreation ~ 3149 16<sup>th</sup> Street NW Washington, DC 20010 ~ 202.673-7647

\*Todos los centros ofrecen a los estudiantes una variedad de actividades académicas, acondicionamiento físico, y actividades de enriquecimiento. Por favor vea la tabla de abajo que le indica ubicación y descripción de los programas que se ofrecen.

- Atención! Los niños del programa reciben desayuno y almuerzo.
- Niños deben usar zapatos o zapatillas deportivas para que puedan participar en las actividades atléticas.
- En lo posible nos gustaría que su niño(a) traiga un disfraz para la fiesta de disfraces en la tarde!

Name of Center	Ward	Address	Phone
Banneker	1	2500 Georgia Ave NW	(202) 673-6861
Columbia Heights	1	1480 Girard St NW	(202) 671-0373
Parkview	1	693 Otis Pl NW	(202) 576-5750
Kennedy	2	1401 7th St NW	(202) 671-4794
Stead	2	1625 P St NW	(202) 673-4465
Volta	2	1555 34th St NW	(202) 282-0380
Chevy Chase	3	5601 Connecticut Ave NW	(202) 282-2204
Palisades	3	5200 Sherrier Pl NW	(202) 282-2186
Emery	4	5801 Georgia Ave NW	(202) 576-3211
Lamond	4	20 Tuckerman St NE	(202) 576-9541
Riggs-LaSalle	4	501 Riggs Rd NE	(202) 576-5224
Takoma	4	300 Van Buren St NW	(202) 576-7068
Edgewood	5	Third & Evarts St NE	(202) 576-6410
North Michigan Park	5	1333 Emerson St NE	(202) 541-3526
Trinidad	5	1310 Childress St NE	(202) 727-1293
Turkey Thicket	5	1100 Michigan Ave NE	(202) 576-9238
King Greenleaf	6	201 N St SW	(202) 645-7454
Sherwood	6	640 10th St NE	(202) 698-3075
Watkins	6	420 12th St SE	(202) 724-4468
Payne	6	305 15 <sup>th</sup> St SE	(202) 698-3262
Fort Davis	7	1400 41st St SE	(202) 645-9212
Hillcrest	7	3100 Denver St SE	(202) 645-9200
Ridge Road	7	800 Ridge Road SE	(202) 645-3959
Bald Eagle	8	100 Joliet St SW	(202) 645-3960
Ferebee-Hope	8	3999 8th St SE	(202) 645-3917
Fort Stanton	8	1812 Erie St SE	(202) 645-3970



DPR Play Day Registration Form – Friday, September 18, 2009

DC Department of Parks and Recreation ~ 3149 16th Street NW Washington, DC 20010 ~ 202.673-7647

Solicitud de Consentimiento de los Padres

Paseo – Fiesta de Disfraces Día de Juego DPR/Celebración de la Casa Encantada

Fecha – viernes 30 de octubre del 2009

Hora de Salida – 12:00PM

Hora de Llegada – 5:00PM

Yo, el padre de \_\_\_\_\_ entiendo los propósitos de, y los procedimientos del gobierno, que todo los paseos son patrocinados por DPR- y que los paseos incluyen transporte por carro, camioneta, ómnibus u otro vehículo. Entiendo que la participación de mi hijo/custodio es voluntaria y por lo tanto garantizo el permiso a mi hijo/custodio de participar. Reconozco sin embargo, que pueden surgir situaciones imprevistas y problemas de cualquier tipo, y que dichas situaciones o problemas no son a menudo razonables dentro del control y supervisión del equipo de trabajo (incluyendo voluntarios).

Así mismo estoy de acuerdo con liberar, pagar, indemnizar y liberar de responsabilidad al Distrito de Columbia, el Departamento DC de Parques y Recreación, y sus agentes, oficiales, empleados, contratistas, y voluntarios, de cualesquiera de sus obligaciones, reclamos, demandas, juicios, costos, intereses y gastos (incluyendo los honorarios de los abogados y costos) directa o indirectamente derivados de o que se relacionen de alguna manera con el paseo, incluyendo cualquier accidente, daño , o pérdida de pertenencia, por mi hijo /custodio y los costos de servicios médicos.

En caso de daños que requieran atención médica. Yo, por la presente, garantizo el permiso al personal supervisor (incluyendo voluntarios) de atender a mi hijo/custodio. Si el daño ameritara atención médica posterior, Yo, entiendo que el Departamento de Parques y Recreación tratará de contactarme para recibir mi autorización específica antes de tomar cualquier acción. Si los esfuerzos por contactarme no tuvieran éxito, Yo otorgo permiso al Departamento de Parques y Recreación DC y al personal médico por cualquier tratamiento médico necesario que se requiera. Además, Yo por este medio doy mi permiso al equipo de supervisión (incluyendo voluntarios) de llevar a mi hijo/custodio al doctor, dentista, o al hospital si ocurriera un accidente o una lesión seria en cualquier paseo y Yo no pueda ser localizado.

En el caso que un participante deba regresar a las instalaciones/lugares de recreación de Parques y Recreación DC por razones de salud, accidente, el incumplimiento de las normas establecidas por el personal a cargo., etc.. Yo reconozco aceptar la responsabilidad total por el pago del costo del cuidado médico, transporte y otros gastos fortuitos causados por tal suceso.

Nombre del Niño (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del niño \_\_\_\_\_

Padre o Apoderado (en imprenta) \_\_\_\_\_ Padre o Apoderado (firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Sírvase marcar si su hijo tiene alergia a:

- Picadura de Abeja  Nueces  Lácteos  Otros (por favor indique) \_\_\_\_\_
 Medicamentos requeridos\*. \_\_\_\_\_

Sírvase marcar si su hijo tiene:

- Asma  Diabetes  Lesiones Renales  Trastornos Convulsivos  Condiciones cardiacas
 Otras lesiones Médicas (por favor indíquelo): \_\_\_\_\_
Medicamentos requeridos\*. \_\_\_\_\_
Cualquier otro Medicamento\*. \_\_\_\_\_

\*Si el médico participante lo solicitara, un EpiPen será proporcionado para todos los viajes al campo.